



团 体 标 准

T/CACM 1173—2019
代替 ZYYXH/T 84—2008

中医内科临床诊疗指南 急性胰腺炎

Guidelines for clinical diagnosis and treatment of internal medicine in Chinese
medicine—Acute pancreatitis

2019 - 01 - 30 发布

2020 - 01 - 01 实施

中 华 中 医 药 学 会 发 布

序 言

为落实好 2014 年中医药部门公共卫生服务补助资金中医药标准制修订项目工作任务,受国家中医药管理局政策法规与监督司委托,中华中医药学会开展对中医临床诊疗指南制修订项目进行技术指导和质量考核评价、审查和发布等工作。此次中医临床诊疗指南制修订项目共计 240 项,根据学科分为内科(含糖尿病科)、外科、妇科、儿科、眼科、骨伤科、肛肠科、皮肤科、肿瘤科、整脊科、耳鼻喉科 11 个专业领域,分别承担部分中医临床诊疗指南制修订任务。根据《2015 年中医临床诊疗指南制修订项目工作方案》(国中医药法监法标便函(2015)3 号)文件要求,中华中医药学会成立中医临床诊疗指南制修订专家总指导组和 11 个学科领域专家指导组,指导项目组按照双组长制开展中医临床诊疗指南制修订工作(其中有 8 个项目未按期开展)。在中医临床诊疗指南制修订专家总指导组的指导下,中华中医药学会组织专家起草印发了《中医临床诊疗指南制修订技术要求(试行)》《中医临床诊疗指南制修订评价方案(试行)》《中医临床诊疗指南(草案)格式说明及规范(试行)》等文件,召开中医临床诊疗指南制修订培训会及论证会 20 余次,组织专家近 280 余人次召开 25 次中医临床诊疗指南制修订项目审查会,经 2 次中医临床诊疗指南制修订专家总指导组审议,完成中医临床诊疗指南制修订工作。其中,有 171 项作为中医临床诊疗指南发布,56 项以中医临床诊疗专家共识结题,5 项中医临床诊疗专家建议结题。按照中医临床诊疗指南制修订审议结果,结合各项目组实际情况,对中医临床诊疗指南进行编辑出版,供行业内参考使用。

中医临床诊疗指南制修订专家总指导组

顾问:王永炎、李振吉、晁恩祥。

组长:张伯礼。

副组长:桑滨生、蒋健、曹正逵、洪净、孙塑伦、汪受传、唐旭东、高颖。

成员:谢雁鸣、李曰庆、裴晓华、罗颂平、杜惠兰、金明、刘大新、杨志波、田振国、朱立国、花宝金、韦以宗、毛树松、卢传坚、赵永厚、刘建平、王映辉、徐春波、郭义、何丽云、高云、李钟军、郭宇博、李慧。

秘书:苏祥飞、李慧。

中医内科临床诊疗指南制修订专家指导组

学术委员会:王永炎、张伯礼、吴以岭、孙伟正、李乾构、沈绍功、张学文、胡荫奇、涂晋文、姜良铎、沈庆法、姚乃礼、晁恩祥、钱英、陈绍宏。

组长:孙塑伦。

副组长:唐旭东、高颖。

成员:李建生、冼绍祥、周亚滨、刘建平、张洪春、何立群。

秘书组:赵宜军、赵进喜、常静玲、林芳冰。

目 次

前言	III
引言	IV
1 范围	1
2 术语和定义	1
3 临床诊断	1
3.1 西医诊断	1
3.2 中医诊断	1
3.3 西医鉴别诊断	2
4 临床治疗与推荐建议	2
4.1 辨证论治	2
4.2 常用中成药	4
4.3 其他疗法	4
4.4 预防和调护	4
参考文献	6

前 言

本标准按照 GB/T 1.1《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》给出的规则起草。

本标准代替 ZYYXH/T 84-2008《急性胰腺炎》，与ZYYXH/T84-2008相比主要技术变化如下：

- 删除了诊断要点（见2008年版的1.3）；
- 删除了辨证中概述部分（见2008年版的第2章）；
- 删除了辨证论治中胃肠热结证、实热结胸证、腑闭血瘀证的证型诊断和辨证治疗（见2008年版的2.1.2、2.1.3、2.1.5）；
- 删除了急性期及恢复期的分期的标题，删除了恢复期的具体辨证分型及相应辨证治疗（见2008年版的2.1、2.2.1、2.2.2）；
- 删除了辨证论治中中药剂量（见2008年版的2.1.1~2.1.6）；
- 增加了引言部分（见引言）；
- 增加了标准的应用范围（见第1章）；
- 增加了肝郁气滞证、腑实热结证的诊断及辨证治疗（见3.2.2.1、3.2.2.3、4.1.1、4.1.3）；
- 增加了辨证治疗中方剂的循证医学等级（见4.1）；
- 增加了灌肠疗法（见4.3.2）；
- 增加了预防和调护（见第5章）。

本标准由中华中医药学会提出并归口。

本标准负责起草单位：辽宁中医药大学附属医院。

本标准参加起草单位：广州中医药大学第一附属医院、中国中医科学院西苑医院、江苏省中医院、天津中医药大学第一附属医院、山西省中医院、河北省中医院、山东中医药大学附属医院、浙江省中医院、甘肃省中医院。

本标准主要起草人：王垂杰、刘凤斌、李玉锋、唐旭东、沈洪、周正华、任顺平、刘启泉、迟莉莉、钦丹萍、姜巍、刘林、李岩。

本标准所代替标准的历次版本发布情况为：

- ZYYXH/T 84-2008。

引 言

本标准为国家中医药管理局立项的《2014年中医药部门公共卫生服务补助基金中医药标准制修订项目》之一，项目负责部门中华中医药学会，在中医临床指南制修订专家总指导组和消化科专家指导组的指导、监督下实施。修订过程与任何单位、个人无经济利益关系。

急性胰腺炎作为临床常见的急腹症，近年发病率有增高趋势，临床上，大多数患者的病程呈自限性，20%~30%患者临床经过凶险，总体病死率为5%~10%。其病因包括胆道疾病、饮酒、高脂血症、壶腹乳头括约肌功能不良、感染性原因（如柯萨奇病毒、腮腺炎病毒、蛔虫症）、自身免疫性疾病（如系统性红斑狼疮、干燥综合征）等因素。我国以胆道疾病和酒精性因素多见。其发病的病理机制尚未完全明了，现有研究指出其机制主要包括共同通道学说、十二指肠反流学说、胰胆管梗阻学说、循环障碍学说等。急性胰腺炎中医病因多样，包括饮食不节、饮酒、蛔虫内扰、六淫之邪、七情等。病机演变主要以湿、热、瘀、毒蕴结中焦致脾胃升降、肠之传化、肝之疏泄失常为主，最终导致腑气不通，并可郁、结、湿、热、瘀、厥、脱七个关键环节。究其病性，急性胰腺炎病性以里、实、热证为主。病位在脾、胃、肝、胆，并涉及心、肺、肾、脑、肠。重症急性胰腺炎（SAP）的主要病机：邪热炽盛，热瘀互结，热深厥深或内闭外脱。

本标准提出了急性胰腺炎的中西医诊断、中医辨证治疗、预防和调护建议，为中医临床提供参考。主要目的是提供有循证医学证据的急性胰腺炎的中医诊断与治疗，规范中医临床诊疗过程。

目前国内“急性胰腺炎中医临床诊疗指南”为中华中医药学会于2008年颁布，本次标准制修订旨在对急性胰腺炎的诊断及治疗做一次梳理，明确急性胰腺炎的中医病名诊断、证候诊断、鉴别诊断及治疗规范和饮食调护等。

本标准由中华中医药学会组织，在中医临床指南制修订专家总指导组和中医消化病专家指导组的指导、监督下实施，文献评价小组确定筛选证据的标准，并进行文献质量评价及证据分级，根据证据级别形成问卷，经过2轮问卷，达成专家组共识，形成征求意见稿，在国内10家单位进行一致性评价，根据评价结果结合专家论证会意见，专家指导组审核，公开征求意见，专家组审核等过程完成针对急性胰腺炎的中医临床指南的修订工作。

中医内科临床诊疗指南 急性胰腺炎

1 范围

本标准提出了急性胰腺炎的诊断、中医辨证治疗、预防和调护建议。

本标准适用于国内人群急性胰腺炎的中医诊断和防治。

本标准适合中医内科、外科等相关临床医师使用。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

2.1

急性胰腺炎 acute pancreatitis; AP

多种病因引起的胰酶激活，继以胰腺局部炎症反应为主要特征，伴或不伴其他器官功能改变的疾病。主要表现为突然发作呈持续性的上腹部剧痛，伴有发热、恶心呕吐、血清和尿淀粉酶活力升高。

3 临床诊断

3.1 西医诊断

参照《中国急性胰腺炎诊治指南》^[1]，临床上符合以下3项特征中的2项，即可诊断为急性胰腺炎：

- a) 与急性胰腺炎符合的腹痛（急性、突发、持续、剧烈的上腹部疼痛，常向背部放射）；
- b) 血清淀粉酶和（或）脂肪酶活性至少>3倍正常上限值；
- c) 增强CT/MRI或腹部超声呈急性胰腺炎影像学改变。

3.2 中医诊断

3.2.1 病名诊断

古代医籍无此病名，可参见中医“腹痛”^[2]、“胰瘕”^[2]等病证。

3.2.2 证候诊断^[3-7]

3.2.2.1 肝郁气滞证

中上腹阵痛或窜痛，或向左季肋部、左背部窜痛；腹胀、矢气则舒，可无发热，情志抑郁，急躁易怒，善太息，恶心或呕吐，嗝气呃逆，舌淡红，苔薄白或薄黄，脉弦紧或弦数。

3.2.2.2 肝胆湿热证

上腹胀痛拒按或腹满胁痛，发热口渴，口干口苦，身目发黄，黄色鲜明，呃逆恶心，心中懊侬，大便秘结或呈灰白色，小便短黄，倦怠乏力，舌质红，苔黄腻或薄黄，脉弦数。

3.2.2.3 腑实热结证

腹痛剧烈，甚至从心下至少腹痛满不可近，有痞满燥实坚，恶心呕吐，日晡潮热，口干口渴，小便短赤，舌质红，苔黄厚腻或燥，脉洪大或滑数。

3.2.2.4 瘀热（毒）互结证

腹部刺痛拒按，痛处不移，或可扪及包块；或见出血，皮肤青紫有瘀斑，发热夜甚，口干不渴，小便短赤，大便燥结，舌质红或有瘀斑，脉弦数或涩。

3.2.2.5 内闭外脱证

脐周剧痛，呼吸喘促、面色苍白，肢冷抽搦，恶心呕吐，身热烦渴多汗，皮肤可见花斑，神志不清，大便不通，小便量少甚或无尿，舌质干绛，苔灰黑而燥，脉沉细而弱。

3.3 西医鉴别诊断^[8]

3.3.1 消化性溃疡急性穿孔

有较典型的溃疡病史，腹痛突然加剧，腹肌紧张，肝浊音界消失，X线透视见膈下有游离气体等可资鉴别。

3.3.2 胆石症和急性胆囊炎

常有胆绞痛史，疼痛位于右上腹，常放射到右肩部，Murphy征阳性，血及尿淀粉酶轻度升高。B超及X线胆道造影可明确诊断。

3.3.3 急性肠梗阻

腹痛为阵发性，腹胀，呕吐，肠鸣音亢进，有气过水声，无排气，可见肠型。腹部X线可见液气平面。

3.3.4 心肌梗死

有冠心病史，突然发病，有时疼痛限于上腹部。心电图显示心肌梗死图像，血清心肌酶升高。血、尿淀粉酶正常。

4 临床治疗与推荐建议

4.1 辨证论治^[4, 9-13]

4.1.1 肝郁气滞证

病机：肝气不疏，气滞络阻。

治法：疏肝理气，通腑止痛。

推荐方药：

柴胡疏肝散（《景岳全书·古方八阵》）加减^[14]。（IIb证据级别，有选择性的推荐^[15]）

常用药：柴胡，枳实，延胡索，香附，白芍，厚朴，陈皮，甘草等。

加减：大便不通者加大黄后下；腹胀满者加大腹皮；呕吐者加竹茹，代赭石。

4.1.2 肝胆湿热证

病机：湿热之邪，蕴结肝胆。

治法：清肝利胆，清利湿热。

推荐方药：

龙胆泻肝汤（《医方集解》）加减^[16]。（证据级别Ib，推荐使用）

常用药：龙胆草，栀子，黄芩，木通，泽泻，车前子，柴胡，甘草，当归，生地等。

加减：黄疸重，加田基黄，金钱草，黄柏；热毒重，加金银花，野菊花，蒲公英；呕吐甚，加旋覆花包煎，代赭石先煎，竹茹；腹胀，加大腹皮；尿短少，赤涩不畅，加竹叶，赤小豆；蛔虫上扰，加槟榔，乌梅，使君子，苦楝根皮。

4.1.3 腑实热结证

病机：热结大肠，灼伤津液，肠道失润，肠中燥屎内结，腑气不通。

治法：清热通腑，攻下止痛。

推荐方药：

a) 大柴胡汤（《金匱要略》）合大承气汤（《伤寒论》）加减^[17, 18]。（证据级别Ib，推荐使用^[15]）

常用药：大黄后下，厚朴，枳实，芒硝冲服，柴胡，黄芩，桃仁，法半夏等。

加减：痞满燥结，用大承气汤灌肠；热甚，加栀子，金银花，野菊花，蒲公英，或重用大黄，加生地黄；腹胀甚，加槟榔，莱菔子；呕吐甚，加姜竹茹。

b) 清胰汤（天津市南开医院方）^[19]。

组成：柴胡15g、黄芩9g、胡黄连9g、白芍15g、木香9g、延胡索9g、生大黄15g(后下)、芒硝9g(冲服)。

功效：疏肝理气、清热解毒、通里攻下。（清胰汤辅助治疗重症急性胰腺炎可显著降低患者病死率，并可缩短患者首次排便时间、腹痛缓解时间及住院时间。）（证据级别：Ia，推荐使用^[15]）

4.1.4 瘀热（毒）互结证

病机：瘀热（毒）互结，阻于中焦。

治法：清热泻火，祛瘀通腑。

推荐方药：

泻心汤（《金匱要略》）合膈下逐瘀汤（《医林改错》）加减^[4]。（证据级别：IIIb，有选择性的推荐^[15]）

常用药：黄连，黄芩，大黄，水牛角先煎，牡丹皮，赤芍，生地黄，川芎，延胡索，厚朴，芒硝冲服，桃仁，红花，丹参等。

加减：腹部有包块，加皂角刺或三棱，莪术；热重，加金银花，连翘，蒲公英，板蓝根。

4.1.5 内闭外脱证

病机：邪热闭遏于内，气阴两伤，正气欲脱，为本病急危重证候。

治法：通腑逐瘀，回阳救逆。

推荐方药：

小承气汤（《伤寒论》）合四逆汤（《伤寒论》）加减^[2]。（证据级别：IV，有选择性的推荐^[15]）

常用药：生大黄后下，厚朴，枳实，熟附子，干姜，甘草，葛根，赤芍，红花，生晒参另炖，代赭石先煎，生牡蛎先煎等。

加减：若气阴两竭，治宜益气回阳，养阴固脱，可用参附龙牡汤合生脉散加味。

4.2 常用中成药

4.2.1 清开灵注射液：每支10ml。静脉滴注，20ml~40ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，1日1次。用于腑实热结证及瘀热（毒）互结证^[20, 21]。（证据级别：II a，有选择性的推荐^[15]，缩短血淀粉酶恢复正常及腹痛缓解时间。）

4.2.2 丹参注射液：每支10ml。静脉滴注，10ml~20ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，1日1次；用于瘀热（毒）互结证^[22]。（证据级别：I a，推荐使用^[15]，缩短腹痛缓解时间，减少并发症发生率）。

4.2.3 血必净注射液：每支10ml。静脉滴注，50ml加入0.9%氯化钠注射液100ml中，1日2次。用于瘀热（毒）互结证^[23-24]。[证据级别：I a，推荐使用，减少急性胰腺炎患者腹痛缓解消失时间和血淀粉酶复常时间，缩短患者平均住院日数，改善SAP患者各种炎症因子水平（IL-1、IL-6、IL-8、IL-10、肿瘤坏死因子、内毒素）]。

4.2.4 参附注射液：每支2ml。10ml~60ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注。用于内闭外脱证^[26]。（证据级别：I a，推荐使用^[15]，减少急性胰腺炎患者血淀粉酶复常时间，缩短平均住院日数。）

4.3 其他疗法

4.3.1 灌肠疗法

中药生大黄 15g，水煎100ml，空肠管灌注或直肠内滴注，每日2次^[27]。（证据级别：I a，推荐使用，缩短腹痛缓解时间，减少并发症发生率。）

4.3.2 针灸疗法

常用穴为足三里、下巨虚、内关、胆俞、脾俞、胃俞、中脘等，一般采用强刺激，也可电刺激^[28, 29]。（II b证据级别，有选择性的推荐）

4.3.3 外敷疗法

常用药物为芒硝500g~1000g，1日1次或1日2次局部外用，或根据病情选择有相似作用的外用药^[30-32]。（证据级别：I a，推荐使用，芒硝外敷辅助治疗SAP能明显缩短患者的腹痛缓解时间、腹胀缓解时间、发热时间、禁食时间、住院时间和降低并发症发生率。）

4.4 预防和调护^[33]

指导患者养成低脂饮食的习惯，患者出院时一般为无脂流质饮食，如米汤、果汁等，3天~4天后如无腹胀、腹痛可进食无脂半流质饮食，逐步过渡到低脂饮食；饮食应以清淡、易消化为主，避免暴饮暴食，坚持少食多餐的习惯，禁食油腻、油炸食品，忌多食酸甜食品。

T/CACM T/CACM

参 考 文 献

- [1] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013年,上海)[J]. 胃肠病学, 2013, 18(7): 428-433.
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(6): 1826-1831.
- [3] 李乾构. 中医消化病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 175-178.
- [4] 尚文璠, 黄穗平, 余绍源, 等. 中西医结合治疗159例急性胰腺炎临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2005, 22(6): 421-425. (证据级别: IIIb, Jadad评分1分)
- [5] 宋雅芳, 姬爱冬, 刘友章. 从广州中医药大学第一附属医院收治的273例急性胰腺炎看该病的发病特点. 广州中医药大学学报[J], 2006, 23(3): 214-217.
- [6] 丁赛丹. 急性胰腺炎中医证型的文献分析[J]. 湖北中医杂志, 2010, 32(3): 34-36.
- [7] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南 中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 80-81.
- [8] 陆再英, 钟南山. 内科学(第7版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 383.
- [9] 屈振亮, 傅强, 夏庆. 重症急性胰腺炎中西医结合诊治常规(草案)[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2007, 13(3): 232-237.
- [10] 朱生樑, 黄天生, 王高峰. 重症急性胰腺炎中医辨证治疗现状与展望[J]. 时珍国医国药, 2008, 19(11): 2811-2812.
- [11] 徐鼎, 崔乃强, 崔云峰. 急性胰腺炎中医研究近况[J]. 中国中医急症, 2010, 19(5): 836-837.
- [12] 胡炜, 余耀生, 王李华, 等. 急性重症胰腺炎病案[J]. 中医杂志, 2006, 47(5): 370.
- [13] 唐文富, 万美华. 重症急性胰腺炎的循证临床进展[J]. 世界华人消化杂志, 2008, 16(3): 292-298.
- [14] 张玉洁. 中西医结合治疗慢性胰腺炎40例临床观察[J]. 新中医, 2015, 47(06): 83-85. (证据级别: IIb, Jadad评分2分).
- [15] 刘建平. 传统医学证据体的构成及证据分级的建议[J]. 中国中西医结合杂志, 2007(12): 1061-1065.
- [16] 郑曼琳. 清肝泻热汤治疗急性胰腺炎肝胆湿热证的有效性和安全性研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(18): 2007-2008+2013. (证据级别: I b, Jadad评分1分)
- [17] 魏慧. 大柴胡汤合大承气汤治疗急性胰腺炎40例疗效观察[J]. 浙江中医杂志, 2016, 51(03): 182. (证据级别: I b, Jadad评分1分)
- [18] 郭森仁, 黄伟荣, 王施君. 中西医结合治疗急性胰腺炎30例临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2014, 14(04): 17-18. (证据级别: I b, Jadad评分1分)
- [19] 李磊, 刘静, 秦侃. 清胰汤治疗重症急性胰腺炎的临床疗效的Meta分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, (23): 207-211. (证据级别: I a)

- [20] 覃小兰, 张北平, 刘旭生. 清开灵注射液治疗急性水肿型胰腺炎83例临床观察. 北京中医药大学学报[J]. 2001, 24(5): 70-72. (证据级别: IIa, Jadad: 1分)
- [21] 王全权, 陈海林, 黄慧敏. 清开灵注射液治疗急性胰腺炎临床观察. 中国中医急症. 2007, 1(1): 55, 59. (证据级别: IIa, Jadad: 2分)
- [22] 蔡北源, 李建华, 杨丽明. 复方丹参注射液治疗急性胰腺炎的系统评价. 广州中医药大学学报. 2012, 29(4): 470-473, 477. (证据级别: Ia)
- [23] 董改英, 黄晓静. 血必净注射液治疗急性胰腺炎的Meta分析. 天津药学, 2011, 23(4): 30-33. (证据级别: Ia)
- [24] 张映, 柯正华. 系统评价血必净注射液对重症急性胰腺炎患者炎症因子的影响[J]. 中国药房, 2016, 27(33): 4682-4685. (证据级别: Ia)
- [25] 任杰, 李倩, 刘国恩. 血必净注射液治疗重症急性胰腺炎的Meta分析[J]. 中国药物经济学, 2014, 9(09): 9-13. (证据级别: Ia)
- [26] 张春漪. 逯阳, 张良登. 参附注射液治疗急性胰腺炎的系统评价与Meta分析. 中国中医急症. 2015, 24(7): 1200-1202, 1205. (证据级别: Ia)
- [27] 盛颖玥, 邹晓平, 于成功. 中药大黄辅助治疗重症急性胰腺炎的系统评价. 世界华人消化杂志 2010, 18(7): 730-735. (证据级别: Ia)
- [28] 粟多海, 陶园林, 袁柳仙. 针刺足三里治疗急性胰腺炎疗效观察. 中外医学研究2012, 10(6): 91-92. (证据级别: IIb, Jadad: 1分)
- [29] 李仕学, 蒋华松. 针刺治疗80例急性胰腺炎临床疗效观察. 内蒙古中医药. 2015. 8: 131. (证据级别: IIb, Jadad: 1分)
- [30] 曾超, 吴宗英, 周行, 潘涛, 王琼. 芒硝辅助治疗重症急性胰腺炎随机对照试验的系统评价[J]. 实用医院临床杂志, 2015, (04): 153-158. (证据级别: Ia)
- [31] 孙朋, 谭诗云, 艾明华, 郭毅. 芒硝辅助治疗重症急性胰腺炎系统评价[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(10): 134-138. (证据级别: Ia)
- [32] 李方, 王强. 大黄灌胃灌肠联合芒硝外敷对重症急性胰腺炎临床疗效的Meta分析[J]. 临床消化病杂志, 2015, (02): 69-75.
- [33] 张莉霞, 官林英. 急性胰腺炎患者出院后远程护理干预效果评价[J]. 当代护士(下旬刊), 2016, (08): 40-42.